SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI

DIRECCIÓN: _____ COEPRIS
SUBDIRECCIÓN:__ SUBDIRECCION DE OPERACIÓN SANITARIA
DEPARTAMENTO: VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO

REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISIÓN

NOMBRE DEL COMISIONADO: __Ing.Iracema Castillo Baldomar_____

No: Oficio__50 FECHA: ___ 27-feb-19

PERIODO DE LA COMISIÓN: DEL ___210219 AL 210219_____

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1.-	Verificacion en materia de Publicidad
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	
6.-	
7.-	
8.-	
9.-	
10.-	
11.-	
12.-	
Observaciones:	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO

Ing.Iracema Castillo Baldomar.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Ing.Alfredo Said Zavala Shadid